



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que:
DNI, nacido/a el de de
fue evaluado/a clínica y cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas
complementarias correspondientes. En función de los resultados, no surgen
de los mismos contraindicaciones para realizar actividades físicas competi-
tivas de alto rendimiento al momento de esta evaluación, encontrándose
en condiciones de salud aptas para participar de la competencia de ciclis-
mo denominada "Desafío de las Nubes" a realizarse el 10 de Junio de 2018
en la Ciudad de Salta.

PARA CORREDORES MENORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido del Padre o Tutor:

DNI del Padre o Tutor:

Firma del Padre o Tutor:

DATOS DEL MÉDICO - CERTIFICANTE

Nombre y Apellido:

Número de Matrícula:

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

.....
FECHA Y HORA